

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1307

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Charles, André LUTZ

Ancien Interne

de l'Hôpital Notre Dame de Bon-Secours à Paris

Né le 19 Novembre 1911, à SIGOLSHEIM (Haut-Rhin)

Les syndromes dépressifs
de teinte mélancolique
du début
de la paralysie générale

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Charles, André LUTZ

Ancien Interne

de l'Hôpital Notre Dame de Bon-Secours à Paris

Né le 19 Novembre 1911, à SIGOLSHEIM (Haut-Rhin)

Les syndromes dépressifs de teinte mélancolique du début de la paralysie générale

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

Anatomie	.....
Physiologie	.....
Physique médicale	.....
Chimie médicale	.....
Bactériologie	.....
Parasitologie et histoire naturelle médicale	.....
Pathologie médicale et générale	.....
Pathologie médicale	.....
Pathologie chirurgicale	.....
Anatomie pathologique	.....
Histologie	.....
Pharmacologie et matière médicale	.....
Thérapeutique	.....
Hygiène et médecine préventive	.....
Médecine légale	.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie	.....
Pathologie expérimentale et comparée	.....
Hydrologie thérapeutique et climatologie	.....
Clinique médicale	.....
Hygiène et clinique de la pr	.....
Clinique des maladies des em	.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	.....
Clinique des maladies du système nerveux	.....
Clinique des maladies infectieuses	.....
Clinique chirurgicale	.....
Clinique ophtalmologique	.....
Clinique urologique	.....
Clinique d'accouchements	.....
Clinique gynécologique	.....
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	.....
Clinique thérapeutique médicale	.....
Clinique oto-rhino-laryngologique	.....
Clinique thérapeutique chirurgicale	.....
Clinique propédeutique	.....
Clinique de la Tuberculose	.....
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	.....
Clinique de neuro-chirurgie	.....
Clinique cardiologie	.....
Assistance médico-sociale	.....

Professeurs sans chaire



MM.
ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRÉ.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
MONDOR.
LEROUX.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL.
LAVASTINE.
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE.
CLERC.
LEREBoullet.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLEIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
CHEVASSU.
LEVY-SOLAL.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
VILLARET.
TROISIER.
MATHIEU.
Clovis VINCENT.
LAUBRY.
M...
HAZARD.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
SANNIE.
VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	 Pathologie chirurgicale.
BARIETY	 Pathologie médicale.
EENARD Henri	 Pathologie médicale.
BERNARD Et.	 Pathologie médicale.
BESANÇON (J.).	 Hydrologie.
BOULIN	 Pathologie médicale.
BULLIARD	 Histologie.
CATHALA	 Pathologie médicale.
COSTE	 Pathologie médicale.
CHEVALIER	 Pathologie médicale.
DOGNON	 Physique.
FUNK-	 Pathologie chirurgicale.
FEY	 Urologie.
GAILLARD	 Parasitologie.
GASTINEL	 Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES	 Pathologie chirurgicale.
GAYET	 Physiologie.
DE GENNES	 Pathologie médicale.
GIROUD	 Histologie.
HAGUENAU	 Pathologie médicale.
HALPHEN	 Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	 Anatomie pathologique.
JOANNON	 Hygiène.
LACOMME	 Obstétrique.
LANTUEJOL	 Obstétrique.
LAROCHE Guy.	 Pathologie médicale.
LAVIER	 Parasitologie.
LELONG	 Pathologie médicale.

MM.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
LEVY (M^{re} J.) Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
MOLLARET Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONQUET.. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
PETIT-
DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.
PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RENARD Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-
BERT Physiologie.
HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.
LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale
NEVEU-
LEMAIRE.. Parasitologie.
LE LORIER ... Obstétrique.
SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE..
AUBERTIN
BRULE
CHABROL.....
DONZELOT ...
DUVOIR
LIAN
PASTEUR-VAL-
LERY-RADOT..
SEZARY
 } Clinique médicale.

MM.
BASSET
BROcq
CADENAT
GATELLIER ...
MOURE
QUENU
VELTER
 } Clinique chirurgicale
ECALLE
METZGER
 } Clinique obstétricale

V. — Chargés du cours

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé
LEDoux-LEBARD
RUPPE
WEILL-HALLE

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Stomatologie.
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

Je dédie ce travail, en hommage
reconnaisant de la profonde ten-
dresse et du dévouement qu'elle a
toujours manifesté.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Qui par son énergie et son intelligence m'a donné l'amour du travail.

A MA MERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRERES PIERRE ET ANDRE

A TOUTE MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

*Professeur de Clinique des Maladies Mentales
et de l'Encéphale*

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu me faire le
grand honneur de présider cette
thèse.

Hommage de vive admiration et
de gratitude.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVASSUS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

A MONSIEUR LE DOCTEUR RIVET
Médecin de l'Hôpital Lariboisière

A MONSIEUR LE DOCTEUR HALBRON
Médecin de l'Hôtel-Dieu

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GIRAUD

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RIMBAUD

AU DOCTEUR MULLER

Qui à l'Hôpital de Mulhouse
guida mes premiers pas dans la
médecine.

**Les syndromes dépressifs
de teinte mélancolique
du début de la paralysie générale**

AVANT-PROPOS

Les modes de début d'une paralysie générale sont variables à l'extrême. Ce sont tantôt des troubles neurologiques, tantôt physiques, tantôt enfin psychiques.

Dans ce dernier ordre d'idées, Bayle, qui le premier a isolé le syndrome de la paralysie générale, a insisté surtout sur les troubles expansifs : grandeur et ambition, richesses, qui, en effet, sont les plus fréquents.

Baillarger, à l'opposé, a fait des idées mélancoliques le syndrome prémonitoire de la paralysie générale. Plus récemment on a enfin isolé des formes de paralysie générale à type purement mélancolique, de facile erreur diagnostique, surtout si la notion de syphilis est ignorée. Ces formes mélancoliques existent fréquemment avec un affaiblissement encore peu marqué des facultés intellectuelles, précédant souvent de plusieurs années les signes physiques de la paralysie générale, sont de diagnostic très difficile.

C'est la connaissance de ces formes mélancoliques, moins rares qu'on ne veut le croire, qui aidera à faire un diagnostic précoce. Et rapporter aujourd'hui un

délire mélancolique à une paralysie générale, c'est mettre en œuvre le traitement dont l'efficacité est avant tout fonction de la précocité : la malariathérapie.

Les formes de délire mélancolique pur sont exceptionnelles. Ce sont bien plus souvent des formes dépressives à teinte mélancolique, ou encore mélangées à des accès expansifs.

Nous serons reconnaissant à notre camarade Marianne Perrin pour les observations récentes, notées à l'Asile Sainte-Anne qu'elle a bien voulu mettre à notre disposition pour étayer cette thèse sur des faits récents.

HISTORIQUE

Avant d'aborder la forme mélancolique de la paralysie générale, rappelons brièvement l'histoire et la façon dont les cliniciens parvinrent à isoler les diverses formes de cette maladie.

Dès la deuxième moitié du XVIII^e siècle, on trouve, dans la littérature médicale, des descriptions de paralysie générale, sous divers noms, mais aucun auteur n'en faisait une entité morbide.

Lieutaud, en 1759, écrivait : La paralysie générale est rarement primitive; elle peut être le produit de l'affection hypocondriaque... La paralysie hypocondriaque ne prive ordinairement que du mouvement.

Pinel, en 1812, indique que les deux états, agitation et dépression, et parle de « délire taciturne prolongé ».

Haslam, pharmacien de l'Hospice de Beldane, avait bien décrit des paralysies générales, mais n'avait guère compris le lien entre la paralysie et la folie. Il fait de la paralysie une conséquence de la manie. Il ne fait d'ailleurs aucune mention de paralysie générale à forme mélancolique.

Esquirol, un peu plus tard, en 1818, observe, chez des aliénés, des « troubles de la parole et des

escarres ». Mais ce ne sont pour lui que des complications de la folie.

Quelques années plus tard, Georget décrit la paralysie générale en l'appelant « Paralysie musculaire chronique ». Mais, lui encore, ne fait aucun lien entre paralysie et folie.

Il faut attendre 1822 pour que Bayle, interne de Royer-Collard, publie sa théorie uniciste dans une description complète des signes physiques et mentaux de la paralysie générale.

Il rattache tous ces troubles à une arachnite chronique, maladie à marche progressive et à terminaison fatale.

Calmeil reprend la théorie dualiste de son Maître Esquirol, mais l'abandonne bientôt pour distinguer plusieurs formes.

Dès ce moment il fut admis qu'il s'agissait d'une maladie autonome et dès lors tous les cliniciens s'attachèrent à en préciser les modes de début.

Parchappe, en 1841, cite déjà 17 observations de formes mélancoliques de la paralysie générale.

Pinel, neveu, écrit en 1849 : La paralysie générale se montre plus fréquemment qu'on ne croit chez les mélancoliques.

Billod, en 1850, tout en admettant l'existence de la paralysie générale sans délire, divise les paralysies générales en cinq groupes, dont l'un est caractérisé par la « lypémanie avec idées de suicide ».

Falret, dans sa thèse de 1853, parle des conceptions délirantes, mélancoliques, hypocondriaques des para-

lysies générales à une époque peu avancée de la maladie.

Langin, dans la même année, dans sa thèse d'agrégation, signale les idées tristes de la paralysie générale.

Trélat, en 1855, dans un mémoire adressé à Delaye : « Un certain nombre de paralysies générales offrent à leur début tous les aspects d'un accès franc de lypémanie... Ces faits m'avaient donné à penser que la manie et la mélancolie peuvent assez souvent dégénérer en paralysie générale... Je pense aujourd'hui que ces manies ou mélancolies apparentes sont, dès l'origine, de vraies paralysies générales ».

En 1856, à la Société Médico-Psychologique, Baillarger, Delasiauve et Brière de Boismont, apportèrent un certain nombre d'observations ayant trait au début mélancolique de paralysie générale. C'est surtout Baillarger qui insista sur les « malades offrant, réuni à la paralysie générale, l'état mélancolique avec toutes ses manies et à tous les degrés ».

En 1858, Cazenave constate que bien souvent « la lypémanie la plus noire », compliquée d'idées de suicide, pervertit l'entendement des malades atteints de paralysie générale.

Materne, en 1869, met de nouveau en relief la fréquence du délire mélancolique ou hypocondriaque, soit seul, soit alternant avec les idées de grandeur.

En 1879, Auguste Burlureoux et Voisin, traitant de la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale, écrivent : « Si la paralysie générale est cura-

ble et elle peut l'être à notre avis, c'est lorsqu'elle est prise au début ».

Régis, en 1881, essaye d'établir le diagnostic entre la folie à double forme et la paralysie générale.

En 1893, Gilbert Ballet décrit une forme prodromique, forme neurasthénique, dont les symptômes, mal observés, peuvent en imposer pour une neurasthénie simple.

Dupré, en 1903, insiste sur une altération commençante de la personnalité qui est parfois une démence insipieuse avec tendance à la dépression.

Claude, enfin, attache une grosse importance au psycho-diagnostic pour reconnaître une paralysie générale à son début : jugement, raisonnement, auto-critique, comportement général, volonté, émotivité, affectivité.

Ces divers examens donnent autant de points d'apports en faveur d'une paralysie générale au début, vérifiée par les examens humoraux.

Car, au début du xx^e siècle, le gros appoint au diagnostic fut donné par la biologie, à la suite des travaux de Vidal, Sicard et surtout Ravaut.

Les seules ressources de la clinique avaient suffi à déterminer les formes de début de la paralysie générale; c'était le fruit d'une observation patiente en remontant le cours de la maladie. Mais on n'avait aucun élément de diagnostic différentiel sûr pour permettre de distinguer la paralysie générale future et il fallait attendre le développement de la démence.

Or, dans la plupart des manifestations nerveuses

de la syphilis, les signes humoraux précèdent les signes cliniques.

C'est par là qu'on a le diagnostic, c'est par ces signes humoraux qu'on suit le traitement, instauré aussitôt après confirmation du diagnostic. La malariathérapie s'impose à cette période du début, à toutes les chances d'enrayer un processus existant et de prévenir surtout l'apparition de la démence et de la paralysie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

Le malade L..., 48 ans, chauffeur, est amené à l'Hôpital Henri-Rousselle le 1^{er} octobre 1938. Le début de l'état actuel remonte à quinze jours-trois semaines. L... se sentait fatigué, sans forces, depuis un accident survenu en décembre 1937.

Il conduisait un camion et, voulant éviter une petite voiture, il était rentré dans un mur. Il fut blessé à la tête, a eu plusieurs dents cassées, les lèvres fendues et une contusion abdominale par le volant de la voiture.

A la suite de cet accident il craignait de ne plus pouvoir reprendre son travail, il avait l'impression d'être fatigué et se plaignait de son ventre.

Au bout de deux à trois mois il a commencé à être triste et déprimé. Depuis, son état a empiré. Il disait qu'il ne pouvait plus conduire, qu'il était un incapable. La réception de sa feuille de mobilisation pour la conduite d'un camion l'a bouleversé. « On va me mobiliser; je suis incapable de conduire un camion, alors on va me mettre en prison. »

Dès ce moment il ne voulait plus sortir, ni même voir le docteur. Il voulait se détruire, car, disait-il, il ne serait plus un bon français.

Sa femme, qui le connaissait depuis l'âge de 15 ans, dit qu'il n'a jamais présenté d'épisodes de ce genre.

De caractère renfermé, peu causeur, mais très bon. Il buvait un peu.

A l'examen il se présente les yeux baissés. Il répond peu aux questions : je suis faible, j'ai volé, vous le savez. J'ai été condamné autrefois deux fois à trois et cinq ans de prison.

J'ai été amnistié. J'étais chauffeur chez Potin. J'étais fatigué. J'avais l'impression de ne pouvoir gagner ma vie. J'ai reçu une feuille de mobilisation, et puis, vous savez, j'ai fait comme si j'étais fou-désespéré (il soupire). Je sais bien tout ce que j'ai fait. On va me passer à la machine.

Il a eu l'idée de se pendre. Il cherche à s'étrangler. Il voulait disparaître avec sa femme pour ne pas la laisser seule derrière lui. Il demande un revolver pour se tuer.

Un examen du sang, fait à ce moment-là, donne les résultats suivants :

— Bordet-Wassermann : *N*égatif.

— Meinicke : *n*égatif.

— Kahn : plus douteux.

Le certificat fait immédiatement le 2 octobre 1938 est rédigé en ces termes :

L... est atteint d'un état dépressif avec sentiment d'asthénie, tristesse, pleurs, crainte de ne plus pouvoir travailler, d'être mal considéré, d'être renvoyé, phases d'anxiété, de découragement, idées et tentatives de suicide. Appoint alcoolique important : trem-

blement digital, exagération des réflexes tendineux et couperose. A maintenir.

Cet état d'anxiété et de dépression, de mélancolie, se prolonge plusieurs mois, et il s'y ajoute des hallucinations auditives.

L... dit qu'on le traite d'assassin, de bandit, de fumier. Il dort un peu la nuit, parce que dit-il, il est faible. Il pense d'une façon permanente à sa famille qui sera deshonorée. Il n'a pas d'appétit, il se plaint de douleurs vagues dans les bras, dans les côtés, dans le rachis. Il parle doucement, lentement, les yeux baissés.

En février 1939 l'état de L... s'améliore, mais il reste déprimé, brady-psychique; il persiste à penser que ses voisins le traitent d'assassin, de bandit, « sans s'adresser spécialement à lui », mais « prend tous les mots pour lui ». On le tient un peu à l'écart, les autres malades ne lui parlent pas; les gardiens, qui serrent la main à tout le monde, ne serrent pas la sienne.

Il confirme qu'il a voulu se suicider, « mais ce sont des paroles qui le soulagent ». Il ne voulait pas le faire et se tourmente d'avoir dit cela.

Le 18 février 1939, L... a un malaise dans la cour, vers 19 h. 30. Il reste courbé sans pouvoir parler.

Une même crise survient à 0 h. 30, durant cinq minutes; une autre à 1 heure, pendant sept minutes.

Il a uriné et bavé.

L'hypothèse d'une paralysie générale étant soulevée à la suite de cet ictus épileptique, on pratique une ponction lombaire le 20 février.

En voici les résultats :

— Albumine.	1 gr. 15		
— Globulines	R. Pandy : positif		
	R. Weichiodt : positif		
— Leucocytes.	10		
— Benjoin colloïdal	22222	21122	22210
— Elixir parégorique	22-2		
— Meinicke.	positif		
— Bordet-Wassermann ..	positif		

Le 22 février on commence l'impaludation après 11 accès et une série de 12 acétylarsan; l'état de L... s'est beaucoup amélioré. Mais il a encore des trous dans la mémoire; il cherche à se rappeler, ne peut y arriver et en est très ennuyé.

A la demande de sa femme il sort le 27 avril.

Le 20 février 1939 sa femme le ramène à Henri-Rousselle. Depuis sa sortie de l'hôpital il était très bien, quoique n'ayant jamais retrouvé sa mémoire.

Le 15 juin, après sa sieste, subitement il ne peut plus articuler, ni dire autre chose que : « Ah ! oui ». Il ne répond pas aux questions et semble avoir peur de quelque chose.

« Les yeux se sont raidis, retournés, comme s'il avait des convulsions; il avait toute sa figure qui remuait, des secousses dans la figure, les mains, les bras, comme un tremblement. Cela durait trois à quatre minutes. Il y avait un petit arrêt, et cela recommençait sept fois de suite. »

On le transporte à l'Hôpital Tenon où sa femme

va le voir. Les deux premiers jours il ne parle pas et ne reconnaît pas sa femme. Le lendemain il la reconnaît, demande à rentrer chez lui et on le ramène à l'Hôpital Henri-Rousselle.

Le certificat immédiat du 18 février est conçu en ces termes : L. . est atteint d'un état dépressif sur fond probable d'affaiblissement psychique. Inhibition psychique très prononcée, désorientation, amnésie, fausses reconnaissances, obtusion, bradypsychie, inactivité, apparence d'indifférence, plus que de tristesse. Déjà interné pour état dépressif et sorti amélioré il y a quelques mois.

Réflexes rotuliens vifs, tremblement digital, couperose, pupilles paresseuses à la lumière, notion d'alcoolisme chronique.

Possibilité de spécificité. A maintenir.

L'examen du sang à cette date donne :

- Bordet-Wassermann. négatif
- Meinicke. négatif
- Kahn. négatif

Le malade ne peut rien préciser de ce qui lui est arrivé. Il ne sait dire s'il est déjà venu. « Oui, je reconnais les infirmiers, mais je ne sais plus leurs noms. Il faudrait qu'on me remette sur la route. Je n'ai rien à me reprocher. J'ai hâte de revoir ma petite famille. »

On le remet au stévarsol le 21 juin 1939 et il sort très amélioré le 9 septembre 1939, à la demande de sa femme.

OBSERVATION N° II

La nommée S..., âgée de 31 ans, est amenée à l'Hôpital Henri-Rousselle le 11 septembre 1939, avec le certificat suivant :

« Présente un état dépressif atypique. Troubles survenus au cours d'un voyage récent. Incidents dans un hôtel à Vichy (clausturation, refus d'aliments, anxiété). Vagues idées de persécution. Méfiance. Réticences. Comportement bizarre à l'égard de sa famille. Indifférence affective, crises syncopales. Anomalies anciennes du caractère. »

Depuis son retour des Indes, qui date d'il y a trois mois, elle s'est sentie fatiguée, déprimée. Elle avait le cafard d'être rentrée en France. Son fiancé s'est engagé, elle a peur de rester seule, elle avait peur de la guerre. « Je voulais retourner aux Indes, raconte-t-elle, tous mes projets sont brisés; on devait acheter une petite maison à la campagne et être tranquilles, on devait se marier. »

C'est à la suite d'une tentative de suicide à Vichy qu'on l'a amenée à l'hôpital. Elle voulait se jeter à l'eau, car trop malheureuse.

Au cours de l'interrogatoire elle se rappelle avec plaisir le bonheur qu'elle avait aux Indes. Elle se met à pleurer quand on lui demande si elle sait où elle est. « C'est un asile... Vous voyez que je me rends compte... Je vois bien comment sont les autres femmes... Il n'y a pas une malade qui tienne un raison-

nement... Je suis intelligente... je suis instruite... Je ne suis pas une fille de la campagne. »

La malade déclare avoir toujours eu un caractère plutôt gai et répète que « c'est son retour en France qui lui donne le cafard ».

S... n'a pas d'idées de persécution. Elle déclare bien dormir, quoique peu. Elle se sent faible. Elle pense ne pas pouvoir se diriger dans la vie, manque d'argent.

La malade fait toutes ces réponses lentement. Elle est abattue, inerte, légèrement abattue. Son attitude est parfois hostile, elle devient franchement réticente quand on lui pose des questions précises.

Elle ne semble pas présenter d'idées délirantes, ni d'erreurs de jugement. Elle se rend compte de son état actuel, mais paraît assez inconsciente sur son comportement qui a nécessité son internement.

L'examen physique est presque totalement négatif. Les réflexes sont égaux et normaux des deux côtés aux membres inférieurs et supérieurs.

Les pupilles sont inégales, la gauche plus grande que la droite. Cette dernière est régulière, alors que la gauche présente une légère irrégularité. La réaction à la lumière est un peu plus paresseuse à gauche.

Il existe une légère dysarthrie aux tests d'épreuve.

L'examen du liquide céphalo-rachidien donne les résultats suivants :

Albumine.	0 gr. 60
Pandy.	Positif
Weichbrodt.	Positif

Leucocytose 7
Meinicke. Positif
Bordet-Wassermann. . . Positif
Benjoin colloïdal 02221, 22221. 00000
Dans le sang :
Bordet-Wassermann. . . Négatif
Meinicke. Négatif
Kahn. Négatif
Il s'agit donc bien d'une syphilis nerveuse.
Voici d'ailleurs la teneur du certificat de quinzaine
du 26 septembre 1939 :
S... est atteinte de paralysie générale.
Affaiblissement encore minime des facultés intel-
lectuelles.
Présentation clinique dépressive à type mélancolie.
Anorexie.
Refus d'aliments épisodiques.
Inégalité pupillaire.
Malariathérapie en cours.
A maintenir.

OBSERVATION N° III

La nommée S..., 44 ans, est amenée à l'Hôpital Henri-Rousselle, le 5 janvier 1939, à la suite d'une crise dépressive, avec tentative de suicide. Le début de la maladie remonte à environ deux mois. Il fut progressif, insidieux, continu.

Marqué d'abord par un changement dans ses rapports avec ses proches. Ensuite resta dans un état d'indifférence, de dépression mélancolique, ne faisait plus son ménage, resta couchée, sans manger, ne voulait plus s'habiller. Les idées de suicide apparurent rapidement, mises à exécution par trois fois.

A la première tentative, S... arrosa sa tête d'essence et y mit le feu.

A la deuxième, elle avala de l'eau de Javel.

A la troisième, elle se jeta par la fenêtre.

A l'interrogatoire, la malade présente une attitude concentrée, mélancolique, triste et anxieuse. Elle pleurniche, répond avec lenteur. Elle a des idées d'auto-accusation : elle s'accuse d'avoir volé des bouteilles de vin en stalle, pendant sa jeunesse, et montre un grand remords.

L'éthylisme semble probable.

A l'examen on note :

- une varicosité des pommettes ;
- un léger subictère ;
- un gros foie ;
- un tremblement digital léger ;
- des pupilles en myosis qui ne réagissent pas ;
- des réflexes tendineux vifs.

Un examen sérologique révèle, à la date du 4 janvier 1939 :

Liquide céphalo-rachidien :

Albumine. 0.9

Pandy. Positif

Weichbrodt. Positif

Leucocytose.	7,2
Nombreux globules rouges	
Benjoin colloïdal	22222 - 22222 - 20000
Elixir parégorique	I - 1
Meinicke.	Positif
Bordet-Wassermann.	Positif
Sang :	
Bordet-Wassermann.	Positif
Meinicke.	Partiellement positif
Kahn.	Douteux

Le certificat de placement du 5 janvier est conçu :

Est atteinte de paralysie générale. Etat dépressif et confusionnel avec tristesse torpide, désintérêt, incurie, vagues idées d'auto-accusation. Anxiété épisodique. Réponses pauvres, à côté. Troubles du comportement. Plusieurs tentatives de suicide par défénes-tration, absorption de toxiques divers, a arrosé son lit d'essence et voulu y mettre le feu, etc...

Pupilles myotifiées. Argyll. Réflexes tendineux vifs. Notion de spécificité traitée irrégulièrement.

Le certificat immédiat du 7 janvier 1939 rapporte :

Est atteinte d'affaiblissement psychique avec obtu-sion, amnésie, désorientation, obnubilation, troubles du jugement, vagues idées d'hypocondrie et d'auto-accusation (se reproche d'avoir volé des bouteilles de vin et de rhum). Dépression consécutive. Anxiété puérile. Tentatives de suicide. Turbulence.

Pupilles inertes en myosis.

Réflexes tendineux vifs.

Foie augmenté de volume.

Subictère.

Paralysie générale. Appoint éthylique. A maintenir.
Certificat de quinzaine du 20 janvier 1939 :

Paralysie générale à forme dépressive. Affaiblissement des fonctions mentales, orientation imparfaite. Idées d'auto-accusation, remords, tentatives de suicide, onirisme nocturne avec zoopsie.

Appoint éthylique.

Dysarthrie.

Rigidité pupillaire avec myosis.

Légère hypertension artérielle.

Réactions spécifiques positives du sang et liquide céphalo-rachidien.

A maintenir.

La malade est soumise à la malariathérapie.

L'état de la malade s'améliore très lentement.

Un examen pratiqué le 20 révèle des réflexes rotulins achilléens normaux, stylo-radiaux exagérés.

Pas de Babinski.

Pupilles en myosis rigides.

S... a une voix nasonnée, amonquée. Elle se lamente, pleure, exprime des remords.

18 mai : S... ne se souvient plus du début. Demande à sortir.

14 juin : S... parle de son mari.

Elle veut rentrer chez elle, où elle fera sa cuisine.

Elle avoue quelques excès éthyliques.

Le certificat de situation en vue de la sortie comporte :

Paralysie générale en rémission après malariathérapie. Malade calme, consciente de son état. Activité normale. Peut sortir.

OBSERVATION N° IV

La nommée B..., âgée de 41 ans, est amenée à l'Hôpital Henri-Rousselle le 28 mai 1938, venant de la Pitié, où elle était entrée huit jours auparavant pour « une grande fatigue du corps ». Cet état de fatigue remonte à plusieurs mois.

Pendant l'interrogatoire elle pleurniche. « Certaines personnes du quartier lui en veulent. Elle avoue avoir exprimé des idées de suicide à la suite des moqueries de ses camarades d'hôpital.

Elle paraît très déprimée, elle se cache sous ses draps, elle paraît craintive.

Les explications sur des faits antérieurs sont très réticentes, parfois contradictoires.

Elle est hostile, opposante.

L'examen physique montre une atonie du visage, tremblement des doigts et de la langue, les réflexes sont un peu vifs, les pupilles réagissent faiblement.

Un examen du sang pratiqué à la Pitié a donné les résultats suivants :

Bordet-Wassermann. Positif

Meinicke. Positif

Kahn. Positif

Voici le certificat immédiat du 28 mai 1938 :

B... est atteinte d'un état dépressif avec sentiment physique et psychique très marqué. Vagues idées de persécution.

Interprétations. Réactions anxieuses, opposition. Anémie, atonie du visage.

Réflexes rotuliens un peu vifs, strabisme.

Fond de débilité mentale.

Réactions spécifiques positives dans le sang. A maintenir.

L'examen du liquide céphalo-rachidien, le 1^{er} juin 1938, donne les résultats :

Lymphocytose. 1,5

Albumine. 0,60

Globuline :

Pandy. Négatif

Weichbrodt. Négatif

Benjoin colloïdal 00000 - 22000 - 00000

Bordet-Wassermann

Takata. 6

CLINIQUE

La notion de l'état expansif et euphorique donnée par Bayle était encore reçue il y a peu de temps par nombre de médecins comme caractéristique de la paralysie générale. Bien que fréquemment on publie des observations de paralysies générales dépressives, il arrive souvent qu'en présence d'un état de cet ordre le diagnostic soit méconnu.

Les malades affectés d'une paralysie générale à type dépressif offrent, selon Baillarger, réuni à la paralysie générale, l'état mélancolique avec toutes ses nuances et à tous les degrés.

Les formes de paralysie générale à forme mélancolique sont, avec les formes neurasthéniques, les manifestations dépressives types. Elles peuvent se manifester soit sous le mode de la mélancolie simple, soit sous celui de la mélancolie anxieuse et stupide, avec ou sans idées hypocondriaques ou de négation.

Sous les diverses modalités de ces formes dépressives, on retrouve les caractères de l'état mélancolique.

C'est, en premier lieu : la tristesse liée à la douleur physique et morale.

En second lieu : la dépression générale des forces, la lenteur de la pensée et l'immobilité du corps.

En troisième lieu : une conscience relative de l'état morbide.

Enfin, ce que l'on peut appeler l'humeur négative, qui porte le malade à s'opposer, tant dans l'ordre physique que dans l'ordre moral, à toute sollicitation venant de l'extérieur et même de leur propre organisme.

A cela il faut ajouter que les états mélancoliques dus à la paralysie générale se compliquent le plus souvent d'idées délirantes avec une allure démentielle et se présentent alors avec un aspect suffisamment caractéristique pour être rapidement reconnus.

On peut distinguer deux périodes au cours de l'évolution du début de la paralysie générale :

a) *une période prodromique*, où l'affaiblissement intellectuel est peu marqué, où les signes physiques ne sont pas encore apparus, où le diagnostic reste souvent une découverte de paralysie générale;

b) *une période de début*, à proprement parler, où le diagnostic est facilité par la présence d'un délire à forme hyponcondriaque facilement reconnaissable, joint à des signes physiques révélant la paralysie générale.

Mais, à quelque stade qu'il en soit de l'infection, le candidat à la paralysie générale est anormal et l'est depuis le début de la maladie. D'autre part, il peut être dangereux d'affirmer sur une dépression mélancolique, anormale chez un sujet syphilitique, un début de paralysie générale.

Il est difficile, du point de vue physique, de fixer

le moment où commence la période prodromique de la paralysie générale. Il paraît logique de la faire remonter au jour où la syphilis a été contractée.

Il est encore plus difficile de fixer le début du délire, car il suit la marche de l'infection. Le caractère change avec elle progressivement, tellement progressivement que les gens qui vivent autour du malade ne s'en aperçoivent d'abord pas. Ils le voient au bout d'un certain temps et se rappellent alors les faits anciens.

Presque toujours on cherchera une interprétation, une cause, mais comme le malade, à la phase prodromique, est encore cohérent, quoique triste, un peu apathique, et rapidement désespéré, personne, au moins dans le milieu qui l'entoure, ne pensera à du délire. Il n'y a pas encore délire à proprement parler, car le malade donne lui-même une cause physique ou morale qui paraîtra raisonnable.

Ces crises d'abattement sont d'ailleurs très courtes à cette période, au même titre que les moments d'apathie pendant lesquels le malade a beaucoup de peine à coordonner ses idées, à faire acte de volonté. Les absences de mémoire se font plus fréquentes, ce qui est un gros signe en faveur de la paralysie générale, surtout si l'on se trouve en présence d'un syphilitique avéré.

Les crises d'angoisse, les absences fugaces se rapprochent de plus en plus, s'ajoutant à des phobies inexplicables, à un manque d'émotivité qui va s'exagérant.

L'état mélancolique occupe bientôt toute la science.

Les malades (le plus souvent il s'agit d'une femme, trois observations sur quatre) ressentent une lassitude générale qui les portent à cesser leur travail. Ils se plaignent de douleurs diffuses. Ils ont nettement conscience qu'ils sont malades et ils s'affligent. Ils se croient atteints d'une affection grave et ils pensent mourir; les idées s'égarent, ils craignent de devenir fous; cette crainte prend parfois la forme d'une idée obsédante.

Leur caractère change ou bien leurs tendances extérieures s'exagèrent. Ils deviennent sombres, taciturnes, ombrageux. Leur mélancolie s'exagère.

L'état général est touché. L'appétit est médiocre, l'amaigrissement notable. Cet état mélancolique peut passer inaperçu, car le malade se montrait déjà méfiant et obstiné, refusant de se confier au médecin. Quand le trouble est apparent, il est le plus souvent rapporté soit à la neurasthénie ou à l'hypocondrie, soit, en raison des douleurs, à une affection viscérale.

Cependant, dès cette période, si au lieu de s'en tenir à la seule analyse des troubles accusés par le sujet, on procède à un examen objectif, on peut mettre en évidence un certain degré d'affaiblissement intellectuel et une légère paralysie de la parole, signes qui permettent de rapporter la dépression à la véritable cause.

Cette phase dépressive mélancolique prodromique peut être transitoire, c'est l'éventualité habituelle quand elle marque le début d'une paralysie géné-

rale de type expansif. Le malade passe graduellement ou parfois brusquement de la tristesse à l'euphorie. Les douleurs cessent; il se déclare guéri. Il dit même que jamais il ne s'est si bien porté. On arrive rapidement à partager l'illusion du malade et à rapporter le changement à l'heureux effet du traitement.

Mais les signes objectifs de la démence paralytique avec son incohérence et son absurdité persistent.

L'excitation, prélude du délire mégalomane, fait bientôt suite à l'apathie.

Dans des cas plus rares, les manifestations dépressives, la mélancolie du début persistent et s'aggravent; c'est le véritable début de la paralysie générale, dont les signes deviennent de plus en plus nets.

Les angoisses deviennent plus fréquentes, les absences se rapprochent. Les phobies, de plus en plus nombreuses, montrent clairement la démence. Le malade est de plus en plus mélancolique et asthénique.

Cette évolution accélérée, après une période prodromique presque silencieuse, modifie rapidement le caractère du malade. Le diagnostic ne fait plus de doute et l'on a perdu déjà trop de temps pour impaler le malade.

Quelles que soient les modalités cliniques des états mélancoliques du début de la paralysie générale, elles peuvent entraîner des *réactions dangereuses* pour le malade et pour son entourage (suicide, homicide; se rapporter aux observations). Ceci est d'ailleurs très fréquent.

En raison de son affaiblissement psychique, le para-

lytique général est souvent incapable de réaliser son idée de suicide, ou bien sa tentative est si maladroite qu'il ne réussit guère à l'accomplir.

Il serait pourtant imprudent de compter sur l'incapacité du paralytique général à réaliser d'une manière complète leurs tentatives de suicide. Certaines sont susceptibles de prendre toutes les précautions nécessaires et même de déjouer une surveillance bien établie.

Il en est de même en ce qui concerne les tentatives de meurtre. Si certains malades ne manquent pas de prévenir leur entourage, d'autres savent préparer minutieusement leurs actes antisociaux.

Ceci est vrai surtout à la phase prodromique où l'activité intellectuelle des sujets est assez bien conservée, où les troubles mentaux ne sont que fugaces et légers, n'attirant que peu l'attention de la famille.

Au total cette phase de début, à type mélancolique, reste la phase la plus dangereuse et surtout la phase où il faut faire le diagnostic en vue de traiter cette méningo-encéphalite en évolution.

DIAGNOSTIC

En présence d'un état dépressif ou d'un délire mélancolique, le diagnostic de paralysie générale doit être soupçonné toutes les fois que cet état ou ce délire, survenant sans cause valable, chez un sujet de 30 à 50 ans, surtout s'il s'agit d'un syphilitique.

Ce diagnostic sera affirmé sur le triple critère de démence globale, des signes de paralysie générale et des signes de syphilis nerveuse. C'est donc un diagnostic psychologique, et essentiellement, depuis les travaux de Ravaut, un diagnostic de laboratoire. La ponction lombaire vient appuyer le diagnostic :

- Tension du liquide légèrement augmentée.
- Bordet-Wassermann parfois positif.
- Kaha parfois positif.
- Lymphocytose : 8 à 9 éléments.
- Albumine : de 0 gr. 30 à 1 gr. 50.
- Globulines :

R. de Pandy +.

R. de Weichbrodt +.

- Elixir parégorique +.
- Benjoin : réaction de paralysie générale dans les dix premiers tubes.

Il faut ajouter à cela les résultats de l'examen physique :

- Réflexes exagérés.
- Inégalité des réflexes.
- Troubles oculaires.
- Troubles de la parole, mémoire, attention.

Ce sera le psycho-diagnostic de Claude confirmé par une ponction lombaire.

Le diagnostic de paralysie générale au début n'est donc pas possible avec les seules ressources de la clinique. Chez un malade, pour lequel on a la notion d'une spécificité ancienne, l'examen objectif peut surprendre quelques signes de syphilis nerveuse.

C'est un diagnostic très difficile dans une forme à type mélancolique au début.

Il repose avant tout sur les signes connus avec les formes expansives :

Le caractère de la démence et de la paralysie;

L'absurdité du délire et son incohérence.

Mais le diagnostic est ici plus malaisé en raison des caractères particuliers conférés à la maladie par cet état mélancolique.

A la période prodromique ce diagnostic est très difficile, parfois impossible, car les signes cardinaux de la maladie n'ont point encore fait leur apparition.

L'erreur, dans ce cas, peut être commise avec toutes les affections : les mélancolies, la stupeur, les psychoses toxiques, les neurasthénies.

Dans un premier ordre d'idées :

Si la syphilis est connue, pour peu qu'on soit averti de la possibilité d'une paralysie générale, il faut en-

core penser à la *neurasthénie syphilitique tardive* décrite par Fournier.

Le plus souvent la ressemblance avec la paralysie générale n'est que superficielle et le clinicien averti ne s'attarde guère à sa première hypothèse. Il est en effet exceptionnel que la démence ne présente point quelque trait atypique. La réaction de fixation, les réactions colloïdales font défaut ou n'ont pas les caractères si particuliers qu'elles revêtent dans la maladie de Bayle.

Il faut également se souvenir qu'un malade qu'on suspecte de syphilis ancienne peut faire une psychose banale constitutionnelle ou toxi-infectieuse à type dépressif sans aucun rapport avec la paralysie générale cliniquement à ses débuts. Parfois de légers signes cliniques objectifs peuvent en imposer même à bon droit pour une syphilis nerveuse et viennent compliquer le diagnostic qui, en l'absence de commémoratifs (accès mélancolique) ou de déficience marquée de l'organisme, est très hésitant.

Là encore on pratiquera une ponction lombaire, laquelle apportera la preuve d'une lésion évolutive du névraxe, commandera le traitement et résoudra du même coup le diagnostic différentiel.

Certaines tumeurs cérébrales peuvent, par leur symptomatologie de début (modifications du caractère, accès de mélancolie, puérilisme, peurs) faire penser à une forme mélancolique de la paralysie générale; mais la céphalée tenace, les vomissements dits cérébraux, les convulsions, l'œdème papillaire

et surtout la ponction lombaire résoudront le diagnostic.

Lorsque la syphilis est ignorée le diagnostic est beaucoup plus ardu, pour ne pas dire méconnu très fréquemment, pour une raison bien facile : on n'y pense pas.

Le diagnostic principal se posera avec les mélancolies simple, anxieuse, stupide.

Avec la *mélancolie essentielle* le diagnostic doit se faire facilement, surtout si l'on peut s'aider de quelques reflexes physiques.

On tiendra compte du mode de début, car en général la mélancolie essentielle s'installe rapidement; celle de la paralysie générale insidieusement et lentement.

On tiendra compte de l'âge, car si la mélancolie essentielle peut survenir à tout âge, elle s'installe plus particulièrement à la puberté et à l'entrée de la vieillesse.

On éliminera ainsi les *mélancolies préséniles et juvéniles*. De plus, chez le paralytique, l'idée obsédante est plus rare, quelquefois seulement on la trouve dès les débuts, mais on est en présence d'un déséquilibre (Magnan).

Là encore le manque d'expression du visage et surtout le manque d'émotivité, seront un gros appoint en faveur de la paralysie générale.

Le *mélancolique vésanique* pleure, gémit, s'inquiète de sa famille, quelquefois même de ceux qui l'entourent, a des pressentiments, croit que de grands

malheurs vont fondre sur lui ; il peut s'absorber dans sa pensée. Il peut arriver aussi un mutisme complet, comme le paralytique général. Ce n'est pas par manque d'idéation, comme le paralytique général, mais par réaction angoissée, par concentration intérieure de cette idéation.

Le diagnostic de la *mélancolie stupide* est bien plus délicat, en raison de la difficulté d'examen des sujets peu volubiles, donnant peu de prise à l'examen psychique et à l'étude de la dysarthrie. Seul l'examen physique et surtout la ponction lombaire permettront de préciser la nature de ces troubles.

La discrimination de ces états est d'autant plus ardue que la mélancolie peut précéder de plusieurs mois, voire de plusieurs années l'éclosion d'un syndrome paralytique et le masquer. Rien, hormis les signes physiques et humoraux, ne pourra établir d'une façon indiscutable qu'il s'agit d'un état dépressif symptomatique d'une méningo-encéphalite diffuse au début.

En effet, l'anesthésie morale, avec cette indifférence étrange, parfois angoissante vis-à-vis des êtres et des choses, révèlent à la conscience des malades le trouble profond de sa personnalité et éveillent l'idée de crainte, le sentiment d'indignité et la conviction d'irréremédiable incurabilité.

Ce sont exactement les mêmes sentiments chez le paralytique général, quoique moins actifs, moins affirmés.

Dans les *formes délirantes*, ce sont surtout les idées

hypocondriaques et de négation qui sont prédominantes.

Chez le mélancolique vésanique ce délire est généralement précédé de plusieurs actes de mélancolie simple, puis se systématise; les idées d'énormité et d'immoralité se cristallisent.

Chez le paralytique général à début mélancolique, par contre, ce délire est transitoire, alternant avec des idées absurdes, et lorsqu'il est possible de suspecter un fonds de sensiblerie ou de dépression à début absurde, de goût démentiel, la différenciation avec la douleur morale et profonde du mélancolique est relativement aisée.

L'interprétation demeurera délicate (en l'absence de signes physiques) avec les accès subaigus à type mélancolique chez les alcooliques chroniques, d'autant plus que nombre de paralytiques généraux sont des éthyliques.

La confusion est augmentée encore par le fait qu'on peut trouver des signes physiques communs : abolition des réflexes, troubles oculaires, achoppement, tremblement, ataxie, masque figé et abruti, d'où le nom de pseudo-paralysie générale toxique qu'on a donné à cette variété de psychose.

La *psychose hallucinatoire chronique* sera facile à éliminer; le délire d'interprétation peut, à la période de début, s'accompagner de dépression et d'idées mélancoliques.

La *stupeur* est un symptôme habituel au cours de la démence hébéphrénocatatonique, de la confusion

mentale et de la paralysie générale, c'est sur le caractère transitoire de cette stupeur et sur la recherche des signes physiques et humoraux qu'on fera le diagnostic de la maladie de Bayle.

En définitive, le diagnostic est difficile à la phase de début par suite du caractère transitoire, fugace de la mélancolie, et surtout de la persistance d'un état mental passable.

La seule preuve du processus de méningo-encéphalite est donnée par la ponction lombaire, à ce point que lorsqu'elle ne donne pas de résultats nets, il vaut mieux réserver le diagnostic.

CONCLUSIONS

En présence de tout syndrome dépressif de teinte mélancolique, lorsque surtout l'on n'a pas la notion d'accès analogues antérieurs, penser à pratiquer une ponction lombaire, rechercher les signes discrets d'une maladie de Bayle camouflée de mélancolie chez un sujet de 35 à 50 ans.

La forme mélancolique de la paralysie générale à son début n'est pas aussi fréquente que la forme expansive.

Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme; cette proportion semble due à la proportion plus forte de mélancoliques chez les femmes.

Il faut insister sur la fragilité des troubles psychiques au début, de leur mobilité, de la persistance chez le malade d'un état mental presque normal, d'où les faciles erreurs de diagnostic retardant l'application d'un traitement particulier.

Il suffit souvent de penser à la paralysie générale pour vérifier rapidement l'origine syphilitique de cette mélancolie, rapportée par le malade à un incident quelconque plausible.

L'importance primordiale pour le diagnostic revient à la ponction lombaire : c'est elle qui confirme le diagnostic clinique en décelant le processus de méningo-encéphalite à la phase présymptomatique.

C'est elle qui permet de surprendre le mal à son début, parfois lors des prodromes, d'enrayer son évolution en mettant en œuvre le traitement spécifique : la malariathérapie, qui peut atténuer, retarder, voire même anéantir cette paralysie générale dont l'évolution était inexorable il y a une douzaine d'années encore

Vu :

Le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu :

Le Président de la Thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

ANGLADE, ROUGEAUD, FRETTEL. — Paralyse générale et psychose maniaque dépressive. *Annales Médico-Psychologiques*, 1937, t. I, p. 62.

BAILLARGER. — Notes sur les délires hypocondriaques considérés comme symptômes et comme signes précurseurs de la paralysie générale, publiées dans :

— *Gazette des Hôpitaux*, 1857, p. 478 ;

— *Union Médicale*, 6 août 1858 ;

— *Annales Médico-Psychologiques*, 1859, t. V, p. 289 ;

— *Annales Médico-Psychologiques*, 1860, t. V, p. 509 ;

— *Annales Médico-Psychologiques*, 1861.

— *Appendice au Traité de Griesinger*, 1869.

BALLET-GILBERT. — La période prodromique à forme neurasthénique de la paralysie générale. *Semaine Médicale*, novembre 1893.

BAYLE. — Recherches sur l'arachnite chronique. *Traité des Maladies du Cerveau et de ses Membranes*.

BILLOD. — Recherches sur la paralysie générale. *Annales Médico-Psychologiques*, 1850.

BONNET-POINCARÉ. — *Annales Médico-Psychologiques*, 1868.

CALMEIL. — De la paralysie générale considérée chez les aliénés.

- CHATAGNON. — Les formes cliniques de la paralysie générale au début. *Thèse*, Paris, 1927.
- CIERS. — Les formes asthéniques de la paralysie générale. *Thèse*, Paris, 1913.
- CLAUDE. — Les psychoses paranoïdes. *Encéphale*, 1924.
- COLIS. — Etude des formes psychotiques de la paralysie générale. *Thèse*, Paris, 1932.
- CRUTEL. — Les états mélancoliques de la paralysie générale. *Thèse*, Paris, 1911.
- ESQUIROL. — *Dictionnaire des Sciences Médicales*, 1814-1866.
- FALRET. — Recherches sur la folie paralytique et les diverses formes de la paralysie générale.
- GEORGET. — De la folie, 1820.
- GRÉSY. — La phase présymptomatique de la paralysie générale. *Thèse*, Paris, 1929.
- GROSS. — Heidelberg-Uber die fruhe Diagnose der progressive paralysie. *Allg. Leitschufft fru psychiatric*, vol. L, II, p. 1156.
- KUHLER. — Recherches cliniques sur la période du début de la paralysie générale.
- GEOFFROY et MIGNOT. — La paralysie générale.
- LASÈGUE. — Recherches sur la folie paralytique des diverses paralysies générales. De la paralysie générale progressive. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1853.
- LESCURE. — Des formes de la paralysie générale et en particulier de la forme dépressive.
- LEY. — La paralysie générale à début hypocondriaque. Congrès A et Z, Lille, 1930.
- MAGNAN. — Lésions anatomiques de la paralysie générale. Les débuts de la paralysie générale.
- MARQUEZ. — *Thèse*, Bordeaux, 1908.
- MATTERU. — De la paralysie générale à forme dépressive. *Thèse*, Paris, 1859.

- MENDEL. — Die Veränderung der Hirnwunde. *Neurologisches Centralblatt*, 1882.
- RIDING. — De la paralysie générale. Reports, 1896.
- MOREAU DE TOURS. — *Union Médicale*, Paris, 1851.
- PARCHAPPE. — Recherches sur l'encéphale. Sa structure, ses fonctions, ses maladies.
- PINEL. — Sur la paralysie générale des aliénés. *Union Médicale*, Paris, 1849.
- RAYMOND. — *Journal des Praticiens*, 1908.
- RÉGIS. — Neurasthénie et paralysie générale. *Presse Médicale*, 7 avril 1897.
- SAUTROT. — Contribution à l'étude des formes de la paralysie générale.
- SERIRE. — Contribution à l'étude des formes paranoïdes de la paralysie générale. *Thèse*, Paris, 1926.
- TARQOWLA, SERIRE et PICHARD. — Mélancolie anxieuse préparalytique avec réaction méningée. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale*, p. 149.
- VOISIN et BURLUREAUX. — De la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale, 1880.
- VURPAR et CORMORAN. — *Gazette des Hôpitaux*, N° 11, 6 février 1932.
- WERTYHAL. — *Archives Psychiatric*, 1868.
- CLAUDE, TARFOWLA, LANTENOISE. — La phase présymptomatique de la paralysie générale. *Presse Médicale*, N° 9, 30 janvier 1924.
- Sur un cas de paralysie générale incipient, N° 5, mai 1924.
- DUPRÉ. — Diagnostic précoce de la paralysie générale.
- LAFORA. — Début précoce de la paralysie générale et tabes. *Revue Neurologique de Paris*, décembre 1920.



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



